

Stručni rad
Professional paper

KONVERZIVNI POREMEĆAJI U DIFERENCIJALNOJ DIJAGNOZI MULTIPLE SKLEROZE

CONVERSIVE DISORDERS IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF MULTIPLE SCLEROSIS

Radolović Prenc Lorena¹, Sepčić Juraj², Vidović Ivana¹, Marković Dubravko¹

¹ Djelatnost za neurologiju, Opća bolnica Pula, Pula, Hrvatska /

Department of neurology, General hospital Pula, Croatia

² Postgraduate studies Medical faculty Rijeka

Summary: Aim of the study is to evaluate faulty multiple sclerosis (MS) diagnosis in patient with psychiatric disturbances. Authors demonstrate and evaluate the role of complement diagnostic techniques as well as evoked brain potentials (EBP), magnetic resonance imaging (MR) of brain and cervical spine and cerebrospinal fluid analysis to confirm the MS diagnosis, opposite to possible neurosis. Three patients suffering of conversive-somatic disorders showed a highly similar clinical MS picture. Their investigation revealed normal findings of cerebrospinal fluid analysis, MR and evoked brain potential. A first female patient suffered of transient weakness of right limbs in the stress situations. Second one a male, a victim of War in Croatia was admitted to the hospital with lower limbs palsy. Third female patient had scanning (staccato) speech mimicking MS bulbar speech disturbances and spastic ataxia. In all patients symptoms disappeared after anti-depressive treatment. Patients were found in the group of 121 clinically observed and "defined" MS patients. The percentage of faulty MS diagnosis was still rather high. Diagnostic procedures such as MR, evoked brain potential and cerebrospinal fluid analysis are sufficient for establishing a definite diagnosis. However, not rare disorder, neurosis, could be diagnostic problem for mimicking MS symptoms.

Key words: multiple sclerosis, neurosis

Uvod

Dijagnoza multiple skleroze (MS) primarno je klinička. Zasniva se na osebujujoj razasutosti oštećenja središnjeg živčanog sustava (SŽS) u "vremenu i prostoru", što podrazumijeva prisutnost mnogobrojnih oštećenja bijele tvari SŽS-a i pojavljivanje više odvojenih simptomatskih epizoda pogoršanja ili napredovanja bolesti (1). Prikladno korištenje slikovne tehnike, poglavito magnetska rezonance (MR) mozga i vratne kralježnice, s velikom sigurnošću na osnovi određenih dijagnostičkih kriterija, omogućuje izdvajanje MS iz skupine slične demijelinizacijske patologije i po morfologiji i prema kliničkim obilježjima (1, 2).

Disocijativni poremećaj, psihotična depresija, čak i shizofrenija te druge psihičke smetnje, mogu imati kliničku sliku sličnu MS-u, no tijekom bolesti, poglavito MR mozga i vratne kralježnice i nalaz cerebrospinalnog likvora (CSL), pomažu u diferencijalnoj dijagnozi (3, 4).

Prikazujemo troje bolesnika kod kojih je pogrešno postavljena dijagnoza MS-a, zbog sličnosti kliničke slike s disocijativnih poremećajem.

Prikaz prvi

Bolesnik je hospitaliziran u 43. godini zbog slabosti nogu koja je napredovala i kroz nekoliko mjeseci dovela do nemogućnosti hoda, odnosno korištenja invalidskih kolica. Nekoliko godina prije bolesnik je obrađivan zbog učestalih tenzijskih glavobolja. Invalidnost se pojavila nakon stresnoga događaja. U jednoj neurološkoj klinici postavljena je dijagnoza MS-a. U otpusnome pismu stoji da su MR i CSL "indikativni za MS". Tijekom prijama, u neurološkome nalazu navodi se: nepokretan, paraplegičan, anksiozan, logoroičan. Nema ispada moždanih živaca, mišićni su refleksi uredni, tonus i trofika također. Nema ispada koordinacije, osjeta i sfinktera. Bolesnik, prognanik, pomno je obrađen zbog sumnje na MS. Rezultati pretraga, uključujući kompjuteriziranu tomografiju (CT) mozga i MR mozga i vratne kralježnice bili su uredni, osim naznačene kortikalne atrofije velikoga mozga, obostrano fronto-temporo parijetalno. Analiza EMP-a bila je uredna osim sumnjive disfunkcije somatosenzornih potencijala, koja je upućivala na moguć poremećaj talamokortikalnoga segmenta, no kontrolni nalaz bio je uredan. Anali-

za CSL-a pokazala je povišen IgG kvocijent i unutartekalnu sintezu IgG-a; kontrolni nalaz bio je uredan; IgGOP nisu nađeni. Serološke analize na Borreliu burgdorferi, Toxoplasma gondii, HIV i Treponemu pallidum, bile su uredne. Rezultati psihologijskoga testiranja pokazivali su elemente konverzivne neuroze i tendencije somatizaciji tegoba.

U bolesnika dakle nije bilo organskih živčanih poremećaja. Nije reagirao na terapiju kortikosteroidima, tek naznačeno na psihofarmake. Pokazivao je fenomenologiju disocijativna poremećaja. "Paraplegija" je bila konverzivnoga obilježja. Bolesnik je prikazom invalidizirajuće živčane bolesti, uz pomoć drugih koji su mu i postavili dijagnozu MS-a, pokušao riješi mnogobrojna egzistencijalna pitanja prognaničkoga života.

Prikaz drugi

Bolesnica je u 33. godini života, obrađivana u neurološkoj klinici, nakon što je pokazivala recidivirajuće motorne slabosti u lijevoj polovici tijela, povezane s ispadima osjeta. Bolesnica je bila opterećena stresnim situacijama. Bolest je počela nekoliko dana poslije drugoga porođaja. Tijekom prijama imala je lijevostranu hemiparezu, uz neuobičajene smetnje konverzivnoga tipa. Odavala je labilnu, introvertiranu osobu. Anamneza i posebnosti neurološkoga nalaza upućivale su na mogućnost razasute upale SŽS-a, opterećene neurotsko-konverzivnim dodatkom. Rutinske laboratorijske pretrage, gamascintigrafija mozga, elektromioneurografska analiza, analize CSL-a, vidni evocirani potencijali (VEP) te CT mozga, bili su uredni. Bolesnica je otpuštena kao slučaj MS-a i neuroze. Nakon devet godina, poslije obiteljske svađe, bolesnica je hodala otežano. U nalazu ustanovljen "paraparetično-ataksičan" hod, uz uredne mišićne reflekse i nespecifične, neuobičajene smetnje osjeta. Jednaki ispadi ponovili su se poslije dvije godine, nakon stresne situacije na poslu; rezultati pomne neurološke obrade bili su uredni. Tri godine nakon treće hospitalizacije, bolesnica je ponovno obrađena u jednoj županijskoj bolnici zbog opće slabosti i malaksalosti. U neurološkome nalazu nije bilo ispada. Terapija antidepresivima dovela je do poboljšanja. Valoviti tijek bolesti s izmjenjivanjem razdoblja pogoršanja i poboljšanja upućivao je na MS, međutim dopunska obrada uvijek je imala uredne rezultate. Učinjen MR mozga, nakon opetovanih pokušaja bolesnice da zbog klaustrofobije odbije pretragu (bolesnica je izbjegavala MR analizu SŽS-a) bila je uredna. Dakle, bolesnica je slučaj disocijativnoga, konverzivnoga sindroma koji je oponašao MS.

Prikaz treći

Bolesnica rođena 1939. godine, ukupno je 11 puta obrađivana i liječena na Neurološkom odjelu bolnice u Puli i Neurološkoj klinici, u razdoblju od 1994. do 2003.; zbog skandiranoga govora i brojnih poremećaja kretanja i ravnoteže, od parapareze do tripareze. Analize EMP-a, uključujući VEP bile su uredne. Nalaz CT mozga bio je uredan, dok je MR pretraga prikazala hipertenzivnu encefalopatiju. Analiza CSL-a pokazala je uredne vrijednosti, nije registriran povišen IgG kvocijent i unutartekalnu sintezu IgG-a; IgGOP nisu

nađeni. Serološke analize na Borreliu burgdorferi, Toxoplasma gondii, HIV i Treponemu pallidum, bile su uredne. U više navrata konzultiran psihijatar koji je dijagnosticirao konverzivni poremećaj i preporučio terapiju. Klinički nalaz postao je uredan po sređivanju obiteljske frustrirajuće situacije, stabiliziranja povišenoga krvnog tlaka i depresije.

Rasprava

Poznato je da su kod MS-a rano prisutni poremećaji spoznajnih funkcija, te da su učestale promjene raspoloženja odnosno euforija (*spes sclerotica*) i depresija (5, 6, 7). U ispitanim slučajevima somatizacijski poremećaji imaju bitni udio u pogrešnoj dijagnozi MS-a. U troje bolesnika s klinički suspektom MS slikom, nakon završene obrade ustanovljena je konverzivna neuroza. Korištenje dijagnoze MS-a u tim slučajevima nije toliko odraz neznanja i neiskustva liječnika, koliko nastojanje da se olako i neodgovorno pomogne bolesnicima u ostvarenju tražene dobiti. U literaturi prikazani su MS bolesnici u kojih su rezultati biokemijskih, radioloških i elektrofizioloških pretraga bili uredni, a simptomima su se povukli uz terapiju psihofarmacima i psihoterapijom (8, 9, 10, 11). Takav je primjer naših bolesnika u kojih je radi kliničke sumnje na diseminirani leukoencefalomijelitis obavljena cjelovita obrada (likvorološka, elektrofiziološka i MR), a potom i niz dodatnih pretraga kojima su isključene organske bolesti koje oponašaju MS.

Posebosti anamneze: odsutnost obavijesti o razasutosti oštećenja "u vremenu i prostoru", minimalni neurološki ispadi, u prvome redu subjektivni, neobično očitovanje ispada, negativni rezultati dopunskih pretraga i poboljšanje uz terapiju psihofarmacima, a ne imunosupresivnom terapijom, i kod ovih bolesnika usmjeravali su dijagnozu prema konverzivnoj neurozi, no moguća je i istodobnost tih dviju bolesti (12, 13, 14, 15, 16). Klinička skupina MS bolesnika u kojih je dijagnoza razmatrana kao neodvojiva od konverzivne neuroze, pobuđivala je prijemna razmišljanja desetljećima. Neurološka literatura obiluje posvjedočenjima o povezanosti MS i konverzivne neuroze (17, 18, 19, 20). Godine 1983. Gowers navodi da je taj oblik MS prepoznatljiv još iz Charcotova doba, a godine 1911. Oppenheim opisuje slučajeve povezanosti neuroze i diseminirane skleroze.

Koncem XIX. i početkom XX. stoljeća, mnogi autori potvrđuju Westphalovu spoznaju o "neurozi koja se po simptomima i tijeku ne može odijeliti od MS-a". Wilson je zastupao mišljenje o tome da je neuroza "rođena, ne stvorena", i da su prirodne neurotične pojave često povezane s nastupom MS-a (21). Neurotična manifestacija u MS-u nipošto nije neuobičajena. I Langworthy u svojim istraživanjima upućuje na neurotični sklop osobnosti u MS bolesnika prije nego li se razviju neurološka obilježja. U skupini 570 bolesnika klinički sigurnih slučajeva MS-a, Sepčić nalazi 2% bolesnika s konverzivnom fenomenologijom u početnoj fazi bolesti. Taj oblik MS-a Wilson označava kao "subjektivni ili prediseminirani tip" MS-a.

Nezainteresiranost za vlastite smetnje, *la belle indifference*, u opisu Charcotove neuroze, vanjski je izraz izbjegavanja unutarnje tjeskobe. Opisano je da određeni stupanj nestabilnosti

ili prateće slabosti u nogama, te nerado hodanje bez tuđe pomoći, nije u potpunosti izazvano organski. Takvo se stanje može pojaviti u ranome tijeku, prije negoli je bolesnik upoznat s obilježjima svoje bolesti, stoga valja na vrijeme otkriti psihičke smetnje radi pravodobne terapije (5, 8, 12). Takav je i primjer prikazana bolesnika u kojeg nema povezanosti konverzivne neuroze i MS-a, već je to primjer prognostičke pogreške disociranih poremećaja prikazanoga kao MS, zbog sličnosti kliničke slike. Taj primjer potvrđuje razmišljanje o tome da je jedina tipičnost kliničke slike MS-a jest to što je uvijek atipična.

Zaključak

Dijagnoza MS-a je klinička. Zasniva se na simptomima razasutim u "vremenu i prostoru". Neuroze, poglavito disocijativne slike, neprekidno se prikazuju kao entiteti slični MS-u. Jednako tako neurotična manifestacija u MS nije neuobičajena. Iscrpna anamneza, bez zanemarivanja porodične i profesionalne anamneze, te posebnosti tjelesnog i neurološkog nalaza, nisu dostatne za točnu dijagnozu. Da bi se postavila ispravna dijagnoza, svakako je potrebno učiniti pretrage u diferencijalnoj dijagnozi MS. EMP poglavito vidne evocirane potencijale, analizu CSL-a s obaveznim određivanjem IgG kvocijenta, unutartekalne sinteze IgG-a i prisutnost Ig-GOP te MR mozga i vratne kralježnice. Pravilno dijagnostičiranje i razlikovanje MS-a od neuroze svakako predstavlja izazov, no pravilnim slijedom pretraga, moguće je uočiti razliku između ta dva poremećaja, te ih ispravno liječiti.

Izvori/References

1. Ron M.A, Logsdail S.J. *Psychiatric Morbidity in Multiple Sclerosis*. J Neurol Psychopathol 1926; 7: 1-30.
2. Cottrell S.S, Wilson S.A. *The Affective Symptomatology of Disseminated Sclerosis: A Study of 100 Cases*. J Neurol Psychopathol 1926 Jul; 7(25): 1-30.
3. Offenbacher H, Fazares F, Schmidt R. *Assessment of MRI Criteria for Diagnosis of Multiple Sclerosis*. Neurology 1993; 43: 905-908.
4. Ron M.A, Callanana M.M, Warrington E.W. *Cognitive Abnormalities in Multiple Sclerosis: A Psychometric and MRI Study*. Physiol Med 1991; 2: 59-68.
5. Russo M.B, Brooks M, Fontenot J, Dopler B.M, Neely E.T, Halliday A.W. *Conversion Disorder Presenting as Multiple Sclerosis*. Mil Med 1998; 163(10): 709-710.
6. Bignami A, Gherardi D, Gallo D. *Sclerosi a placche acuta a localizzazione ipotalamica con simptomatologia psichica di tipo malinconico*. Riv Neurol 1961; 25:25-30.
7. Clarke T, Wadhwa U, Leroi I. *Psychotic Depression: An Atypical Initial Presentation of Multiple Sclerosis*. Psychosomatics 1998; 39(1): 72-75.
8. Dieterle L, Staudacher T. *Schizophreniform Psychosis with Polydipsia and Electrolyte Imbalance in Multiple Sclerosis*. Nervenarzt 1998; 69(8): 698-701.
9. El Moutawakil B, Sibai M, Bourezgui M, et al. *Manic Depressive Psychosis as Prevalent Manifestation of Multiple Sclerosis*. Rev Neurol 2008; 164(5): 47.
10. Agan K, Gunal D.I, Afsar N, Tuncer N, Kescu K. *Psychotic Depression: A Peculiar Presentation for Multiple Sclerosis*. Int J Neurosci 2009; 119(11): 2124-30.
11. Aring C.D. *Observation on Multiple Sclerosis and Conversion Hysteria*. Brain 1998; 91: 1140-1144.
12. Paparrigopoulos T, Ferentinos P, Kouzoupis A, Koutsis G, Papadimitriou G.N. *The Neuropsychiatry of Multiple Sclerosis: Focus on Disorders of Mood, Affect And Behavior*. Int Rev Psychiatry 2010; 22(1): 14-21.
13. Kosmidis M.H, Giannakou M, Messinis L, Papathanasopoulos P. *Psychotic Features Associated with Multiple Sclerosis*. Int Rev Psychiatry 2010; 22(1): 55-66.
14. Reznikova T.N, Terenteva Ilu, Kataeva G.V. *The Variants of Personality Maladaptation in Patients with Multiple Sclerosis*. Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova 2006; 106(8): 13-20.
15. Kawasaki S, Nara T, Hamano S, et al. *A Case of Multiple Sclerosis with Recurrent Episodes of Psychiatric Symptoms*. No To Hattatsu 2001; 33(1): 49-52.
16. Carrieri P.B, Monella S, Petracca M. *Psychiatric Onset of Multiple Sclerosis: Description of Two Cases*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2011; 23(2): 6.
17. Gabelić T, Adamec I, Mrđen A, Radoš M, Brinar W, Habek M. *Psychotic Reaction as a Manifestation of Multiple Sclerosis Relapse Treated with Plasma Exchange*. Neurol Sci 2011.
18. Kosmidis M.H, Giannakou M., Messinis L., Papanthanasopoulos P. *Psychotic Features Associated with Multiple Sclerosis*. Int Rev Psychiatry 2010; 22(1): 55-66.
19. Manfredi G, Kotzalidis G.D, Sani G, et al. *Persistent Interferon-β-1b-Induced Psychosis in a Patient with Multiple Sclerosis*. Psychiatry Clin Neurosci 2010; 64(5): 584-6.
20. Moutawakil B, Sibai M, Bourezgui M, et al. *Manic-depressive Psychosis as Prevalent Manifestation of Multiple Sclerosis*. Rev Neurol (Paris) 2008; 164(5): 472-6.
21. Agan K, Gunal D.I, Afsar N, Tuncer N, Kescu K. *Psychotic Depression: A Peculiar Presentation for Multiple Sclerosis*. Int J Neurosci 2009; 119(11): 2124-30.

Adresa za dopisivanje / Contact address:

dr. sc. Lorena Radolović Prenc,
Djelatnost za neurologiju, Opća bolnica Pula,
A. Negri 6, 52100 Pula, Hrvatska,
tel. 052-376-200, GSM 099/22-90-069,
e-mail: lorena.radolovic@net.hr